

## Der Begriff Paradigma und seine Bedeutung

von: Dr. Cora van der Kooij

### 1. Anlass

Auf dem Dozententreffen der Akademie für Mäeutik Deutschland am 7. November in Köln wurde mir klar, dass unsere Trainer den Begriff Paradigma anders nutzen als es meines Erachtens korrekt ist. Jeder Begriff hat die Neigung zur 'Inflation', das heißt, dass einem Begriff im Laufe der Zeit neue Bedeutungen zugemessen werden. Solche neue Bedeutungen schwächen oft die ursprüngliche Kraft des Begriffes. Das ist an sich normal, obwohl manchmal auch schade. Die Auswirkung davon ist, dass ein Begriff nicht mehr eindeutig genutzt wird.

Weil ich als Historikerin und ein wenig auch als Sprachpuristin sehr an der ursprünglichen Bedeutung des Begriffes Paradigma hänge, versuche ich hier meine Sichtweise darauf zu erläutern- nicht weil die Dozenten falsch liegen, sondern nur aus meinem Bedürfnis heraus, dass wir eine gemeinsame Auffassung vertreten. Und dabei wäre mir (selbstverständlich) lieb wenn meine Auffassung auch unsere Auffassung wäre. Deshalb findet ihr hier meine Sichtweise, mit als Quelle den Urheber des Begriffes, Thomas Kuhn (1922-1996).<sup>1</sup>

### 2. Definition von Paradigma

Die Definition lautet: *'Paradigma ist die Gesamtheit von Theorien, philosophischen Ausgangspunkten, Werten und illustrativen Beispielen, die Bereich und Arbeitsweise einer wissenschaftlichen Gruppe im normalen wissenschaftlichen Betrieb bestimmen'*.<sup>2</sup>

Ein Paradigma ist also eine Gesamtheit, und unsere Zugänge wie „von unbewusst nach bewusst“, „von problemorientiert nach bedürfnisorientiert“ und „von individuell nach kollektiv“ sind daher Ausgangspunkte unseres Paradigmas und in sich selbst keine selbständigen Paradigmen.

---

<sup>1</sup> Thomas Kuhn (1962). The structure of scientific revolutions.

<sup>2</sup> Herman Koningsveld (1976, 1982). Het verschijnsel wetenschap. Een inleiding in de wetenschapsfilosofie. Meppel/Amsterdam: Boom. 6e Druck. (Auf Deutsch: Das Phänomen Wissenschaft. Eine Einleitung in der Wissenschaftsphilosophie).

In der Wissenschaft geht es um die Frage: *Was ist wahr?* Man braucht gemeinsame und so objektiv wie möglich festgestellte Erkenntnisse, die Halt verschaffen. Aber echte Objektivität gibt es nicht und kann es nie geben. Damals, in 1982, habe ich mit heißen Ohren das Buch von Koningsveld<sup>3</sup> gelesen. Er machte klar, dass objektive Wahrheit ein Ding der Unmöglichkeit ist. Man ist ja immer beeinflusst von unbewussten philosophischen, wirtschaftlichen und soziologischen Sichtweisen und Umständen. Man kann nur zu einem möglichst hohen Grad von intersubjektiver Feststellung von Fakten und Wahrheit gelangen.<sup>4</sup> Diese 'festgestellte Wahrheit' ist immer historisch geprägt und damit zeitbedingt.

### 3. Das Entstehen von Paradigmen

Thomas Kuhn argumentiert in seinem Buch, dass Wissenschaft sich nicht nach und nach, evolutionär entwickelt, aber in Sprüngen. Diese Sprünge sind zu betrachten als Folge von Diskussionen zwischen einander widersprechenden Schulen von Wissenschaftlern. Eine Schule ist eine Zeit lang dominant, aber übersieht Fakten und Phänomene die nicht mit ihren Ausgangspunkten in Übereinstimmung sind. Das sind sogenannte 'Anomalien'. Die Anomalien zeigen sich immer stärker und rufen letztendlich eine neue Schule hervor, die dann mit der etablierten Schule in Streit gerät, den sie letztendlich (vorläufig) gewinnt. Alte Paradigmen können jedoch zurück kommen, weil auch die neue beherrschende Schule Fakten und Phänomene übersieht. Man beschränkt sich auf das, was man als wesentlich betrachtet und kreierte daraus früher oder später seine eigenen Anomalien. So entsteht dann letztendlich eine neue Schule oder eine Synthese von zwei Paradigmen.

Phasen in der wissenschaftlichen Entwicklung nach Kuhn:

- 1) Präparadigmatische Phase
- 2) Phase der normalen Wissenschaft mit einem dominanten Paradigma
- 3) Krise durch Zunahme von Anomalien
- 4) Sprung zu einem neuem Paradigma und erneut einstimmige Wissenschaft.

Diese Phasen beschreibe ich jetzt in Bezug auf das Entstehen von Pflegewissenschaft. Hierzu merke ich an, dass meines Erachtens während einer Krise wiederum eine neue präparadigmatische Phase entstehen kann, vor allem wenn die Forschungskraft schwach oder zersplittert ist. Und dabei ruft auch eine neue Zeit wieder neue philosophische Wertvorstellungen hervor. Ich sehe diese Phasen also mehr als einen sich wiederholenden Kreislauf und nicht als geradlinige Entwicklung, die einen Anfang und ein Ende hat.

---

<sup>3</sup> Sehe Fußnote 2

<sup>4</sup> Diese Sichtweise hat mir auch die Augen geöffnet für die 'intersubjektive Rationalität' nach Habermas, und das kommunikative Handeln. Der Unterschied jedoch ist, dass wenn es um einzelne Personen geht, die Betreuung und Pflege brauchen, die Mitarbeiter während eine Bewohnerbesprechung nicht wissenschaftliche, sondern kasuistische Intersubjektivität erreichen.

## 4. Das Entstehen und die Entwicklung von Pflegewissenschaft

### 1) Die präparadigmatische Zeit

Nach Kuhn fängt jedes Kenntnisbereich das wissenschaftlich beschrieben und geforscht wird an mit eine 'präparadigmatische Phase'. Es gibt noch kein Paradigma, und damit gibt es auch keine Übereinstimmung, keine geteilte intersubjektive Wahrheit. In dieser Phase gibt es mehrere Schulen, die einander Konkurrenz machen. Man beschäftigt sich mit der Beschreibung von dem Phänomen, worüber man sich Gedanken macht. Hier taucht die Frage auf: *Was genau ist Pflege, was meinen wir mit Betreuung?* In dieser Phase gibt es noch keine Forschung, die Schulen beschäftigen sich mit Ausgangspunkten, Beschreibungen, Wertvorstellungen und Normen. Mehrere Gruppen widersprechen einander, und jede Gruppe macht Werbung für die eigenen fundamentalen Ahnungen und Ausgangspunkte, statt gemeinsam über geteilten Problemen in Bezug auf in unserem Fall Pflege und Betreuung zu diskutieren. Es findet keine wissenschaftliche Forschung statt (Zusammenstoß mit der Praxis) und jeder kann behaupten was er will. Diese Phase hat in der Pflege bis in den neunziger Jahre des Zwanzigsten Jahrhundert gedauert, jedenfalls im deutschsprachigen Raum.

Die Pflege in Deutschland hat sich dabei inspirieren lassen von den Entwicklungen in den englischsprachigen Raum. In der ersten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts gab es in der Pflege noch keine präparadigmatische Phase, aber die Ausbildungsstellen versuchten, systematisch Wertvorstellungen, Auffassungen, Kenntnisse und Fertigkeiten zu beschreiben und zu vermitteln. Diese Beschreibungen führten zu Widersprüchen, aber dann doch zu Übereinstimmung und so entstand ein erstes echtes Paradigma wie oben definiert.

### 2) Das Entstehen des ersten Pflegeparadigmas

Wenn die Widersprüche zwischen Schulen sich auflösen in einem Paradigma als Gesamtheit, entsteht die Möglichkeit zur Zusammenarbeit mit dem Zweck der Weiterentwicklung, Forschung und Feststellung von intersubjektiver Wahrheit. Das konnte man in Amerika um etwa 1960 erleben. Die Pflege in Amerika hat in der zweiten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts angefangen, sich selbst zu etablieren und wollte therapeutisch genauso wichtig werden wie die Medizin. Die führenden Pflegenden in Amerika (Opinion Leaders wie Virginia Henderson, King mit ihrer Goal Atainment Theory und Orem mit ihrer Selbstsorgetheorie) und bald auch Pflegenden in England entwickelten den zielorientierten Pflegeprozess, mit dem methodischen Ansatz, 1) Fakten zu sammeln, 2) Pflege zu planen, 3) Pflege auszuführen, 4) Ergebnisse zu evaluieren und entsprechend dem Ergebnis weiter Pflege zu planen (Demingkreis). Ziel dieser Pioniere war, ihre Ergebnisse im professionellen Sinne von Heilung und Genesung sichtbar zu machen und damit die gleiche gesellschaftliche Wertschätzung und Position zu erwerben wie die Ärzte - daher auch die Entwicklung der sogenannten 'Pflegediagnosen' (Gordon, 1994).<sup>5</sup> Neumann-Ponesch bezeichnet dieses Paradigma als eng an das naturwissenschaftliche medizinische Paradigma gekoppelt.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Marjory Gordon. Handbuch Pflegediagnosen. Das Buch zur Praxis. Elsevier Verlag. Sehe auch Kapitel 5 in Cora van der Kooij (2010). Das mütterliche Pflege- und Betreuungsmodell. Bern, Huber Verlag.

<sup>6</sup> Silvia Neumann-Ponesch (2014). Modelle und Theorien in der Pflege, S. 98. Facultas, Universitätsverlag Österreich.

So entstand das Paradigma der Selbstsorge, ein Paradigma mit Gesundheit als Ausgangspunkt und Ziel, Krankheit als 'Nicht-Gesundheit'. So entstanden Begrifflichkeiten wie Selbstsorgedefizite und auch die zielorientierte Pflegeplanung. Später etablierte sich auch in Deutschland die Pflegewissenschaft (anfangs der neunziger Jahre). Es wurden die AEDLs nach Krohwinkel und/oder Rooper formuliert, wobei Gesundheit als eine Anzahl von deduktivem und analytisch formuliertem Kennzeichen des Menschen formuliert wurde. Alles was nicht als 'gesund' galt, wurde in Termini von 'nicht können' umschrieben. Gleichzeitig entwickelte sich die Bürokratisierung und teilweise die elektronische Datenverarbeitung der *zielorientierte* Pflegeplanung. **Damit kam die Pflege in der Phase der normalen Wissenschaft.** Das Paradigma der Selbstsorge hatte vorläufig den Sieg davon getragen, auch weil andere Paradigmen noch im Unbewussten schlummerten.

### 3) *Krisis Krise*

In Deutschland ist das herrschende Paradigma an seinen Grenzen gestoßen - erstens weil das Paradigma der Selbstsorge und AEDL's zu einem zu großen Zeitaufwand in der Dokumentation geführt hat (erste Anomalie); zweitens weil diese Art des Dokumentierens Freiraum für bürokratische Kontrollsucht hervorgerufen hat (zweite Anomalie); drittens weil die so entwickelte Pflegedokumentation zu deduktiv und abstrakt war (dritte Anomalie) und viertens, aber meines Erachtens ausschlaggebend, weil die Idee/Wertvorstellung von Selbstsorge die allgemein menschliche Kondition von Hilfsbedürftigkeit und damit Abhängigkeit übersieht (vierte Anomalie).<sup>7</sup>

All diese Anomalien zusammen haben dann letztendlich zu diesen Bewegung der Entbürokratisierung geführt. Da sieht man auch, wie tief gesellschaftlich ein derartiges Paradigma wurzelt, wie das Paradigma in Institutionen versteinert wird, in Büchern festgelegt und wie diejenigen, die Interesse an dem herrschenden Paradigma haben, Macht ausüben. Es ist schwer, eine neue gesellschaftliche Empfänglichkeit hervorzurufen und einem neuen Paradigma den Weg zu ebnen. Und das ist genau die Aufgabe, die wir Mäeutikbefürworter jetzt versuchen zu erfüllen. Wobei wir nicht alleine sind - alle die zum Beispiel personenzentrierte Pflege oder tagesstrukturierte Pflegeplanung befürworten, sind auf dem gleichen Weg, beschäftigen sich mit der gleichen Aufgabe. Dabei sind wir (meines Erachtens) sozusagen wieder in einer neuen präparadigmatischen Phase. Besser gesagt: Krise und Chaos haben im Moment Hochbetrieb. Welche Interessengruppe letztendlich gewinnt ist nicht klar, aber sicher ist, dass das Paradigma der Selbstsorge und Pflegeplanung zerbröckelt.

---

<sup>7</sup> Hier erwähne ich gerne das Buch von Elisabeth Reitlinger und Sigrid Beyer (Hrsg) (2010). Geschlechtersensible Hospiz/ und Palliativkultur in der Altershilfe. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

## 5. Das neue Paradigma der psychodynamische Orientierung

Paradigmas Paradigmen sind tief in der Gesellschaft verwurzelt. Wir versuchen, das herrschende Paradigma durch ein neues Paradigma zu ersetzen. In dem Buch von Neumann-Ponesch habe ich es folgendermaßen beschrieben:<sup>8</sup>

'In Bezug auf Entstehung und Aufschwung von Pflgetheorien erwähnt Neumann-Ponesch einen Paradigmenwechsel von der Krankheits- zu Gesundheitsorientierung.<sup>9</sup> Dieser Paradigmenwechsel hat in der zweiten Hälfte des 20sten Jahrhunderts stattgefunden. Das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell befürwortet als nächsten Schritt eine Synthese dieser Paradigmen. Diese Synthese ist als 'Psychodynamische Orientierung' zu bezeichnen. Konsequenz ist das Integrieren von psychologischen Theorien in der Pflegewissenschaft, so zum Beispiel das Denken über die einander folgenden Lebensphasen mit Begriffen wie Selbstbild und Lebensthemen und die Einwirkung von Krankheit je nach Lebensalter und Lebensphase. Diese Orientierung berücksichtigt auch das Verstehen von Coping, Verhaltensstrategien und Adaptation. Die Pflege hat also mehr Aufgaben als Menschen ihre Autonomie beziehungsweise ihre Selbstständigkeit wo möglich zu gewährleisten, ihre Gesundheit zu fördern und ihr Wohlbefinden zu verbürgen. Abhängigkeit gehört genauso sicher zu den menschlichen Lebensbedingungen wie Autonomie.<sup>10</sup> Es ist eine Aufgabe der Pflege, den Menschen und seine Angehörigen in der Akzeptanz von Abhängigkeit oder des Lebensendes zu begleiten<sup>11</sup> (Van der Kooij, 2010). Die mäeutische didaktische Methode regt die Lehrenden an, über Lebensphasen, Lebensthemen, Verhaltensmuster, Copingsstrategien und über die Wirkung davon bei und auf sie selbst zu reflektieren'.

Zusammenfassend: das neue psychodynamische Paradigma hat folgende Wertvorstellungen und Ausgangspunkte:

*(1) Persönlichkeit, persönliches Erleben, Erfahren und die Perspektive der Lebensgeschichte sind die Eingänge zum Verständnis und Umgang mit demjenigen/derjenigen der/die von Krankheit oder Abhängigkeit betroffen ist und dabei berufsmäßige Betreuung und/oder Pflege braucht. (Erwin Böhm<sup>12</sup>)*

*(2) Pflegende und Betreuende fragen sich immer, in welcher Lebensphase eines Menschen Krankheit und/oder Abhängigkeit sich manifestieren und was das für ihn oder sie in dem Hier und Jetzt bedeutet (Patricia Benner<sup>13</sup>).*

*(3) Sie fragen sich auch, welchen Einfluss die Umgebung (materiell und sozial) auf das Verhalten der Betroffenen ausübt (Kitwood<sup>14</sup>, Halek und Bartolomeyczik<sup>15</sup>).*

---

<sup>8</sup> Cora van der Kooij (2014). Das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell. In: Silvia Neumann-Ponesch (2014). Modelle und Theorien in der Pflege, S. 214-230. Facultas, Universitätsverlag Österreich.

<sup>9</sup> Silvia Neumann-Ponesch (2014). Modelle und Theorien in der Pflege, S. 101. Facultas, Universitätsverlag Österreich.

<sup>10</sup> Christa Schnabl (2010). Gender-Care-Gerechtigkeit. Fürsorge als Gestaltungsaufgabe moderner Gesellschaften. In: Elisabeth Reitlinger und Sigrid Beyer (Hrsg) (2010). Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe, S.21-33. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

<sup>11</sup> Cora van der Kooij (2010). Das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell. Darstellung und Dokumentation. Bern: Huber Verlag. Kapitel 2.

<sup>12</sup> Erwin Böhm (1999). Psychodynamisches Pflegemodell nach Böhm. Wien: Maudrich.

<sup>13</sup> Patricia Benner und Judith Wrubel (1989). The Primacy of Caring. Stress and Coping in Health and Illness. Kapitel 4, 'Illness across the lifespan'. California: Addison Publishing Company.

(4) Sie fragen sich auch, in wieweit sie Verhalten verstehen können als Kopingstrategie, entweder eine meisternde oder eine entgehende/umgehende Strategie, oder eine Mischform, die beide Haltungen kombiniert.

#### *Mäeutik, andere Pflegemodellen und das neue Paradigma*

Die Frage könnte gestellt werden, ob wir hier nicht das (freudianischen) Modell von Erwin Böhms überschreiben oder sogar unberechtigt übernehmen. Dass Böhms den Begriff psychodynamisch eingeführt hat, betrachte ich als seinen großen Verdienst. Da hat er als erster gut verstanden, was momentan paradigmatisch passiert oder eher passieren müsse. Der Begriff *psychodynamisch* übersteigt jedoch die Bedeutung seines Modells. Es gibt zum Beispiel auch personenzentrierte Pflege (nach Kitwood). Ich hoffe, dass früher oder später eine *Gruppe von Modellen* als psychodynamisch orientiert bezeichnet werden, weil es meines Erachtens das neue Paradigma ist. Dazu gehört meines Erachtens auch das interkulturelle Modell nach Madeleine Leininger (1984, 1988).<sup>16</sup> Die Mäeutik unterscheidet sich durch seine Ganzheitlichkeit und Instrumente (hoffe ich jedenfalls). Die Mäeutik hat somit einen Vorsprung, weil es auch als ein Implementierungsmodell, als einen didaktischen Prozess zu betrachten ist. Damit hat dieses Modell eine Forschungsgeschichte, eine Geschichte, die das Zusammentreffen mit der Praxis nachweisen kann.

Das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell arbeitet dabei mit den folgenden zusätzlichen Ausgangspunkten:

- (5) Dieses Paradigma ist nicht nur zutreffend für Menschen mit Demenz, sondern auch für Menschen, die wegen Krankheit oder Alter Langzeitpflege und Betreuung brauchen.
- (6) Menschen die wegen Krankheit oder Demenz in einer Einrichtung leben müssen oder die eine Tagesbetreuung besuchen, brauchen je nach Persönlichkeit und Bedarf die Pflege, Betreuung und Gruppenangebote, die ihnen Nähe, Geborgenheit, Zusammengehörigkeit und Eigenwürde (Selbstwert) ermöglicht.
- (7) Gesundwerden ist nicht das endgültige Ziel. Leben lernen mit der Krankheit, Akzeptanz der Abhängigkeit unter Beachtung der verbleibenden Ressourcen, kann als Ziel genau so richtig sein (Salutogenese, Gesundheit und Krankheit nicht als

---

<sup>14</sup> Kitwood T, Bredin K. (1992). Towards a theory of Dementia Care: personhood and Well-being. *Aging and Society* 12, 296-287. Kitwood T. (1993). Towards a Theory of Dementia Care: the interpersonal process. *Aging and Society* 13, 51-67.

<sup>15</sup> Margareta Halek, Sabine Bartholomeyczik (2006). Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndes Verhalten. Universität Witten/Herdecke. Hannover: Schlüterse. In diesem Buch eine Darstellung vom dem NDB-Modell: Need-driven dementia-compromised behaviour modell oder Bedürfnisbedingtes Verhaltensmodell.

<sup>16</sup> Leininger MM (1984). *Care, the essence of Nursing and Health*. Detroit, Michigan: Wayne State University Press.

einander gegenüber stehend als graduelle Zusammenhang und Übergang<sup>17</sup>). Daher auch der Pflegeprozess nicht als Problemlösungsprozess sondern als Begleitungsprozess.

- (8) Pflegenden und Betreuenden reagieren suchend und merken sich die Momente und Situationen, die ihnen ein Gefühl von Kontakt und wechselseitigem Verständnis und gegenseitiger Wertschätzung vermittelt haben.
- (9) Pflegende und Betreuende reflektieren über diese Momenten und Situationen und fragen sich, wie sie sich verhalten haben, was den Kontakt zur Stande gebracht hat.
- (10) Pflegende und Betreuende tauschen diese reflektierten Erfahrungen, mit den dazu entwickelten Anleitungen und Instrumenten, im Team aus und entwickeln so gemeinsame Professionalität (Teamlernen).
- (11) Pflegende und Betreuende reagieren und handeln danach auf Grund dieser gemeinsam formulierten Einsichten und Arbeitsweisen, aber bleiben authentisch, immer offen für ihre eigene intuitive Kreativität und für ein neues Verständnis.
- (12) Pflegende und Betreuende sind offen für das Entstehen von persönlichem Kontakt und der sich daraus entwickelnden Pflegebeziehung. Diese Beziehungen bleiben jedoch befristet und ersetzbar in dem Sinne, dass sie sich nicht zu persönlichen Beziehungen entwickeln (wie eine Nachbarin oder eine Kousine), die sie für den Betroffene unersetzlich machen.
- (13) Pflegende und Betreuende sind immer wieder bereit, ihre eigenen Gefühle zu verarbeiten, die emotionale Wechselwirkung zwischen Berufsleben und Privatleben zu reflektieren, und als Mensch zu wachsen und zu reifen. Voraussetzung ist die Zugehörigkeit zu einem Team, in dem die Kollegen einander unterstützen und gelegentlich auch schonen oder schützen.
- (14) Pflegende und Betreuende beziehen den Angehörigen in ihre Pflege und Betreuung ein, vorausgesetzt, dass der Betroffene damit einverstanden ist. Sie begleiten, wenn es dazu Anlass gibt, auch die Angehörigen.

## 6. Fazit

Die Auswirkungen des Paradigmas der Selbstsorge, wie ausgearbeitet in AEDL's und Pflegediagnosen hat, in der Gesellschaft und im Gesundheitswesen Konsequenzen hervorgerufen. Das Pflegedenken wurde dominiert von „Nicht-Können“ als Problem, Problemlösungsstrategien und Streben nach Autonomie. Bleibende Abhängigkeit wurde abgelehnt, Ressourcenorientierung und Autonomie betont. Nicht desto trotz ist Abhängigkeit ein Teil vom Menschenleben, wie auch bleibende Krankheiten und Verluste. Dazu kam auch ein bürokratischer Verwaltungs- und Formalitätenkram als Äußerung von vorgedachtem Wissen und Kontrollsucht zum Vorbeugen von Risiken. Diese Bürokratisierung zeigte sich allmählich so kräftig, dass man sie nicht mehr umgehen konnte. Daher die Entbürokratisierungswelle; daher auch in Deutschland die neue Auffassung von Pflegebedürftigkeit, die ab 2017 gesetzlich auch psychische Hilfsbedürftigkeit beinhaltet. Daher in dem Abschiedsbericht auch die Feststellung eines Paradigmenwechsels, der sich jedoch in diesem Bericht nur auf die AEDL's von Krohwinkel beschränkt; daher die antithetische Gegenbewegung mit dem 'SIS' (Systematische Informationsammlung), die

---

<sup>17</sup> Aaron Antonovsky (1987). Unraveling the Mystery of Health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. (Quelle Wikipedia)

sich wieder auf bewusstes Fachwissen beruft statt auf vorgedachtes Wissen wie in der EDV ausgearbeitet.

Dieser Freiraum wird meines Erachtens eine neue präparadigmatische Phase hervorrufen, weil jetzt alles wieder aus der Praxis aufgebaut werden müsse. Jede einzelne Pflegeperson nutzt sein/ihr eigenes Fachwissen, und als Ergebnis des Projektes der Entbürokratisierung ist erwähnt, wie dieses Verfahren unerwartet zu Kommunikation innerhalb den Teams geführt hat. In dem Bericht wird es als eine Art von Anomalie bezeichnet - es war nicht erwartet worden, es wurde nicht gezielt hervorgerufen, aber doch hat es sich gezeigt. In der Mäeutik sind wir schon einen ganzen Schritt weiter, weil wir das kommunikative Handeln und die kommunikative (intersubjektive) Rationalität nach Habermas instrumentell umgesetzt haben.<sup>18</sup>

Wir behaupten, dass das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell einem viel tieferen Paradigmenwechsel zu Grunde liegt mit weiter entwickelten Wertvorstellungen als die aus dem neuen Paradigma herrühren. Wir bieten andere methodische Instrumente, die diesen Paradigmenwechsel ermöglichen. Wir haben Erfahrung mit Implementierung. Meines Erachtens ist unsere Qualität, dass wir in unserem Modell weiter gehen als die Entbürokratisierungswelle, die vor allem antithetisch ist. Wir bieten eine Synthese, und diese Synthese bietet neue Instrumente, womit den Pflegenden Halt geboten wird, was aber die Wertvorstellungen des Pflegeberufes und dessen Professionalität wirklich grundlegend ändert in der Richtung des neuen Paradigma. Aber um das zu erreichen, gibt es noch viele Hürden zu nehmen.

Mit dieser Auseinandersetzung habe ich versucht, klar zu machen, dass wir den Begriff Paradigma im Basiskurs besser nicht verwenden, aber von Ausgangspunkten und vielleicht auch Wertvorstellungen reden. Aber ich habe auch versucht, klar zu machen, dass wir selber damit beschäftigt sind, teilzuhaben an einem tief eingreifenden Paradigmenwechsel und uns in diesem Paradigmenwechsel mit eigener Stimme, eigenen Auffassungen und praktischen Instrumenten einen sicheren Position zu erwerben.

---

<sup>18</sup> Cora van der Kooij (2014). Das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell. In: Silvia Neumann-Ponesch (2014). Modelle und Theorien in der Pflege, S. 221-224. Facultas, Universitätsverlag Österreich.